

平成 年 月 日 (別紙3)

診療情報提供書(紹介状)

紹介先医療機関 病院
担当医 科 殿

紹介元医療機関所在地及び名称
電話
F A X
医師名

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	職業
患者氏名	様		年 月 日(歳)	
患者住所	〒 ー		電話 ()	
傷病名				
紹介目的				
既往歴及び家族歴				
症状経過及び検査結果				
治療経過				
現在の処方				
薬物禁忌 無・有 () 感染症 無・有()				
必要がある場合は、画像診断のフィルム・検査の記録等を添付してください				
貸出チェック欄	X線	枚	CT	枚
			MRI	枚
備考				